

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00083 vom 3. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00083

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00083 du 3 décembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00083 del 3 dicembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, arbeitete ab 1. Januar 2008 als Drucker bei der Y.____ AG und war über diese obligatorisch unfall versichert, als er sich am 16. Mai 2010 bei einem Treppensturz eine Knie distorsion rechts mit lateraler Meniskusläsion zuzog, welche am 8. Juni 2010 operativ versorgt wurde (Urk. 9/B/1, 9/B / 4-5). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Ab 20. August 2010 war der Versicherte wieder voll arbeitsfähig (Urk. 9/B/15).

Am 27. Februar 2011 erlitt der Versicherte bei einem Leitersturz eine Schulterverletzung links mit Supraspinatussehnenruptur, welche am 26. April 2011 operiert wurde (Urk. 9/A/1, 9/A /20). Am 12. März 2012 nahm er seine Arbeit wieder zu 100% auf. Der Fallabschluss durch die Suva erfolgte am 27. August 2012 (Urk. 9/A/98).

Am 5. Juni 2015 verdrehte sich der Versicherte bei der Arbeit das rechte Knie (Urk. 14/1-2) und unterzog sich am 3. August 2015 der operativen Sanierung einer vorbestehenden alten VKB-Ruptur mittels Kreuzbandplastik sowie einer Innen- und Aussenmeniskus-Teilresektion (Urk. 14/12, 14/19). Die Suva anerkannte auch in diesem Zusammenhang ihre Leistungspflicht (Urk. 14/18). Ab 7. Dezember 2015 bestand wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/33).

Ab 1. Januar 2016 arbeitete der Versicherte bei der Z.____

AG als Drucker in einem Pensum von 32.4 Stunden wöchentlich. Am

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich alle vor 2017 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Im angefochtenen Entscheid wurden die rechtlichen Grundlagen zu den Begriffen der Invalidität und der Erwerbsunfähigkeit, dem

Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung, zur Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs richtig wiedergegeben (Urk.

E. 1.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

S. 5 f.). Mit der Beschwerdeantwort ergänzte sie im Wesentlichen, dass der vom Beschwerdeführer eingereichte MRI-Befund vom 24. März 2022 (Urk. 3/4) erst nach Erlass des hier angefochtenen Entscheids stattgefunden habe und entsprechend aus dem Recht zu weisen sei (Urk. 8 S. 3 f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid bezüglich der Rentenhöhe dahingehend, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit entsprechend dem beweiswertigen kreisärztlich formulierten Zumutbarkeitsprofil vom 4. Oktober 2021 zu 100 % zumutbar sei . Der sowohl von Seiten des Validen- als auch des Invalideneinkommens gestützt auf die Vorgaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) vorzunehmende Einkommensvergleich führe zu einem Erwerbsausfall von 30 % (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer vertritt dagegen den Standpunkt, die kreisärztliche Beurteilung von Dr. A. ____

sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht beweiskräftig, weshalb weitere medizinische Abklärungen notwendig seien. So dann beanstandete er das von der Beschwerdegegnerin beigezogene Validen einkommen gestützt auf die statistischen Werte der LSE (Urk. 1 S. 8 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist zunächst die Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers und damit die Höhe seines Rentenanspruchs. Unbestritten blieb vom Beschwerdeführer die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses bezüglich sämtlicher Unfälle und damit einhergehend die Rechtmässigkeit der Rentenprüfung ab 1. Dezember 2021. Unstrittig und aktenmässig erstellt (Urk. 9/C/96 S. 7) ist des Weiteren, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Drucker nicht mehr zumutbar ist.

Im Folgenden zu prüfen ist, ob gestützt auf den Untersuchungsbericht des Kreisarztes Dr. med. A.____, Arzt für Allgemeinmedizin (D), vom 8. März 2021 (Urk. 9/C/43) und insbesondere seine Aktenbeurteilung vom 4. Oktober 2021 (Urk. 9/C/96) mit dem notwendigen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2) auf die unfallbedingte Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geschlossen werden kann. Weitere ärztliche Einschätzungen der Restarbeitsfähigkeit liegen nicht in den Akten.

E. 3.1

Dr. A.____ stellte gestützt auf seine klinische Untersuchung vom 11. Februar 2021 und die bisherigen medizinischen Akten folgende Diagnosen (Urk. 9/C/43 S. 18): - Persistierende funktionelle Einschränkungen der Schulter links (dominant) bei - Re-Re-Ruptur der Rotatorenmanschette nach Schulterkontusion vom 1.1.2020 mit/bei - Status nach arthroskopischer RM-Re-Rekonstruktion am 3.7.2017 - Status nach initialer Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion 01/2011 - Chronische Beschwerden Handgelenk rechts (dominant) mit/bei - Status nach Ruptur des skapholunären Bandes nach belasteter Drehbewegung 3.5.2016 mit - Status nach SL-Band-Rekonstruktion mit temporärer Kirschnerdraht -Transfixation 19.12.2017 - Status nach Kirschnerdraht -Entfernung karpal rechts am 15.2.2018 - Status nach Kontusion/Distorsionstrauma Handgelenk rechts am 10.6.2020 mit intakter SL-Rekonstruktion, Tendinitis FCR-Sehne ohne anhaltende Wirkung lokaler Infiltration .

- Unspezifische Parästhesien bei DD leichtem CTS/Narbenirritation - Klinisch gute Funktion und Stabilität des Kniegelenkes rechts bei - Status nach vorderer Kreuzbandersatzplastik, Innen- und Aussen meniskus-Teilresektion 2015

Anamnestisch habe der Beschwerdeführer angegeben, nicht auf der linken Seite, der linken Schulter liegen zu können. Der Schlaf sei gestört, auch bereite ihm die rechte Hand, daumenbetont, Beschwerden. Er schlafe insofern nur auf dem Rücken. Belastungsabhängig habe er verstärkte Schmerzen im Bereich der linken Schulter und der rechten Hand. Auch seien die Beweglichkeit in der linken Schulter und der rechten Hand eingeschränkt. Das rechte Handgelenk sei wie taub. Er habe eigentlich immer Beschwerden, vermehrt unter körperlicher Anstrengung und Druck, auch bei schlechtem Liegen (S. 15).

Gehen/Spazieren seien stundenweise trotz eines gewissen Knieinstabilitätsgefühls möglich. Die Beweglichkeit des Knies sei gut, leichte Probleme habe er auf Unebenheiten (S. 16).

Behandlungsanamnestisch habe der Beschwerdeführer angegeben, die letzte schulterchirurgische Vorstellung sei am 14. Januar 2021 erfolgt, es bestünden hierzu keine weiteren Behandlungsoptionen, langfristig sei eine Prothesenimplantation vorberaten worden. Handchirurgisch habe er am nächsten Tag eine Konsultation im Hinblick auf eine neurologische Abklärung und einen erneuten Versuch einer zuvor missglückten Handgelenksinfiltration (S. 15).

Befundet wurden von Dr. A.____ insbesondere eine deutliche Einschränkung der aktiven Schulterbeweglichkeit links und eine leicht eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit

rechts. Ausserdem notierte er geklagte Gefühlsstörungen am rechten Unterarm, distal zunehmend, und verwies auf den MRI-Befund des Handgelenks rechts vom 14. August 2020, führte im Übrigen aber weitgehend unauffällige Befunde an (S. 17 f.).

Bezogen auf die klinisch und funktionell im Vordergrund stehende Beeinträchtigung der linken Schulter bestehe ein irreparabler Defektzustand der Rotatorenmanschette ohne namhaftes Verbesserungspotential durch weitere Behandlungsmassnahmen. Bei perspektivisch fortschreitender Omarthrose könne sich langfristig die Indikation für eine elektive Schulterprothetik ergeben, wobei auch in Anbetracht des Alters des Beschwerdeführers die Indikation aktuell noch nicht gegeben sei. Seitens des Handgelenks liege ebenfalls ein chronisches Zustandsbild vor ohne objektive Hinweise auf eine seit Juni 2020 hinzugetretene Schädigung. Der aktuelle Lokalbefund zeige sich reizfrei beziehungsweise reizarm mit erhaltener Trophik, guter Beweglichkeit und zufriedenstellender Handkraft. Betreffend die bisher gute Handgelenksfunktion sei auch durch die jetzt an schliessende elektive Wiederholung einer bereits 2017 durchgeführten und im Januar 2021 gescheiterten artikulären Infiltration keine Verbesserung des langjährigen chronischen, undulierenden Beschwerdebildes und insbesondere keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils zu erwarten. Bei klinisch guter Funktion und guter Stabilität des rechten, reizfreien Kniegelenkes mit einem neurologisch bestätigten flüssigen Gangbild ergebe sich derzeit ebenfalls kein relevanter Behandlungsbedarf (S. 21 f.).

Übereinstimmend mit der schulterchirurgischen Beurteilung der Klinik B.____

sei die angestammte Tätigkeit als Drucker nicht mehr zumutbar. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem seit längerem beschäftigungslosen Beschwerdeführer nur leichte, körpernahe, wechselbelastende Arbeitstätigkeiten anteilig zum Stehen, Gehen und Sitzen, vollzeitig mit einem 100%igen Pensum zumutbar. Die Arbeitsausübung sei bis auf Brusthöhe zu beschränken. Ausladende körperferne Armbewegungen links, Arbeiten über der Horizontalen und über Kopf seien bezüglich der linken Schulter auszuschliessen. Tätigkeiten mit schlagenden, stossenden und vibrierenden Werkzeugen seien sowohl seitens der linken Schulter als auch der rechten Hand leidensungünstig. Abstützende Tätigkeiten in Dorsalflexion des rechten Handgelenkes mit axialer Zug- und Stossbelastung und repetitive Umwendungsbewegungen des rechten Armes seien leidensinadäquat. Auch seien das Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten mit einer erhöhten Sturzgefährdung unter einem hierfür notwendigen festen Umgebungshalt zu vermeiden. Weiter seien Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen wie Knien, Hocken und Kauern, Arbeiten auf unebenem oder sich bewegendem Untergrund nach einer Vorschädigung des rechten Kniegelenks negativ zu bewerten (S. 21).

E. 3.2

Gemäss Bericht der Oberärztin Handchirurgie Dr. med. C.____

von der Klinik B.____ vom 12. März 2021 zog die Infiltration radiocarpal rechts im Februar 2021 eine Schmerzfreiheit von einigen Stunden mit anschliessend zu erwartender Schmerzexazerbation nach sich, was für eine intraartikuläre Genese spreche. Da sich der Beschwerdeführer durch die Beschwerden täglich und deutlich eingeschränkt fühle, fänden weitere Abklärungen im Hinblick auf eine weitere Operationsplanung statt (Urk. 9/C/45). Nach aktualisierter CT-Bildgebung (Urk. 9/C/52) unterzog sich der Beschwerdeführer am 27. April 2021 bei den Diagnosen einer Radiocarpalarthrose und Tendinitis der FCR-Sehne rechtes Handgelenk und Parästhesien Hand rechts einer Revision der FCR-Sehne mit

Tenolyse und Tenosynovektomie Handgelenk rechts, Synovektomie

radiocarpal und Abtragung osteophytärer Ausziehungen dorsaler distaler Radius Handgelenk rechts (Urk. 9/C/53/3-5).

E. 3.3

Dr. A.____ sprach sich in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2021 (Urk. 9/C/54/3) für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 27. April 2021 aus, welcher eine Arbeitsunfähigkeit von zirka fünf bis sechs Monaten, jedoch keine Änderung des Zumutbarkeitsprofils nach sich ziehen werde. Abhängig vom persönlichen Leidensdruck des Beschwerdeführers und einer postoperativen Arthroseprogredienz werde man dem Beschwerdeführer nach angemessener Aufklärung/Indikationsstellung einen Versteifungseingriff kaum verweigern können.

E. 3.4

Bei dringendem Verdacht auf eine surgical-site-Infektion am rechten Handgelenk erfolgte am 7. Mai 2021 ein weiterer operativer Eingriff in der Klinik B.____ mit Revision Carpalkanal, FCR-Sehnenscheidenkanal sowie Strecksehnen dorsal und radio-/ midcarpal Handgelenk rechts mit Débridement, Spülung und bakteriologischem Sampling (Urk. 9/C/60). Am 10. Mai 2021 wurde eine erneute Spülung notwendig (Urk. 9/C/71). Gemäss Bericht von Dr. C.____ vom 31. Mai 2021 zeigte sich ein regelrechter Verlauf, in Ruhe lägen keine Schmerzen mehr vor, bei Mobilisationsübungen und Kraftanwendungen bestehe eine Schmerzsymptomatik radiocarpal (Urk. 9/C/73/2). Im Bericht vom 10. September 2021 zur Konsultation vom 30. August 2021 führte Dr. C.____ aus, im Rahmen der Hauptdiagnosen und der stattgehabten operativen Eingriffe bestünden erwartungsgemäss persistierende Restbeschwerden bei vorerst fehlen dem weiterem chirurgischem Optimierungspotential. Der Beschwerdeführer könne sich soweit mit den Restbeschwerden arrangieren, wenngleich diese verständiglicherweise im Alltag einschränkend seien. Eine die rechte Hand/das Handgelenk manuell belastende Tätigkeit respektive Tätigkeiten mit repetitiv nötigem Handeinsatz rechts seien nach wie vor nicht durchführbar, auch langfristig würden Einschränkungen bestehen. Aus handchirurgischer Sicht sei auch langfristig keine volle Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit der rechten Hand und des Handgelenks zu erwarten (Urk. 9/C/91/2-3).

E. 3.5

In seiner Aktenbeurteilung vom 4. Oktober 2021 sprach sich Dr. A.____ im Lichte der nunmehrigen Aktenlage dafür aus, dass neben dem bereits vor bestehenden irreparablen Defektzustand der linken Schulter auch die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit der rechten Hand bei zwischenzeitlich stabilem Zustand und persistierenden Restbeschwerden bleibend eingeschränkt sei. Das Zumutbarkeitsprofil ergänzte er dahingehend, als nunmehr auch Tätigkeiten, welche ein kräftiges Zupacken erforderten, ebenso zu vermeiden seien wie monotone repetitive Tätigkeiten mit der rechten Hand. Den prozentualen Anteil aus dem Schadenfall betreffend das rechte Handgelenk am ganzen Schaden, welchen er im Hinblick auf die Leistungsaufteilung zuvor mit 20-30 % beziffert hatte (Urk. 9/C/50/3), bezifferte er nunmehr mit 40-50 % (Urk. 9/C/96 S. 6 f.).

E. 3.6

Am 29. November 2021 fand eine weitere Verlaufskontrolle in der Klinik B.____ statt. Dr. C.____ attestierte eine fortdauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei bekannten

Beschwerden seitens des rechten Handgelenks hin sichtlich Bewegungsumfang sowie teils auch im Narbenverlauf radiopalmär. Mit letzteren könne sich der Beschwerdeführer zwischenzeitlich arrangieren. Ein schränkende Beschwerden fänden sich angesichts der Bewegungseinschränkung des 1. Strahls mit bei forcierter Ansteuerung auch Schmerzprovokation auf Höhe des MCP I-Gelenks und des radialseitigen Handgelenks, was einem Residualbefund nach stattgehabtem Surgical site-Infekt mit entsprechenden operativen Revisionen entspreche. Seitens der Sensibilität im Medianus-Versorgungsgebiet der rechten Hand scheine sich eine Befundbesserung eingestellt zu haben. Was persistieren seien die postoperativ aufgetretenen Sensibilitätsalterationen, welche am ehesten dem Ulnaris-Versorgungsgebiet zuzuordnen seien (Urk. 9/C/126/2-3).

E. 3.7

Am 17. Januar 2022 fand in der Klinik B.____ eine neurologische Untersuchung inklusive elektrophysiologische Abklärung statt. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer über einen komplikationsreichen postoperativen Verlauf berichtet. Zwar habe sich die Fühlminderung des Daumens nach stattgehabtem Karpaltunnelsyndrom reduziert, doch sei neu eine Taubheit/Fühlminderung des Dig. V rechts aufgetreten. Zudem bestünden Schmerzen im Bereich des Handgelenks mit einer Bewegungseinschränkung/einem Extensionsdefizit und Schmerzen im Bereich des rechten Daumens. Die Schmerzen manifestierten sich belastungsabhängig bereits beim Anheben eines Wasserkochers oder wenn der Beschwerdeführer etwas schneide.

Aus neurologischer Sicht zeigte sich gemäss der zuständigen Neurologin eine Erholung der sensomotorischen Medianus-Neuropathie im Vergleich zur Voruntersuchung vom Februar 2021. Die aktuelle Fragestellung nach der Ursache der Hyposensibilität im Ulnarisversorgungsgebiet rechts könne nicht abschliessend beurteilt werden. Klinisch zeige sich eine Hyposensibilität Dig. V mehr als IV, auch eine leichte Schwäche der ulnaris-innervierten tiefen Fingerreflexoren. Zu dem zeige sich ein positives Spurling-Manöver mit Ausstrahlung am medialen Oberarm bis zum Ellenbogen, so dass differentialdiagnostisch eine radikuläre Reizung C8 erwogen werde (Urk. 9/C/131).

E. 3.8

Eine MRI-Untersuchung des rechten Knies vom 24. März 2022, welche aufgrund von seit einem Jahr zunehmenden Giving-ways sowie lateralen Schmerzen durchgeführt wurde, zeigte verglichen mit der Voruntersuchung vom 8. November 2018 einen progredienten komplexen Einriss des Innenmeniskushinterhorns am Übergang zur Pars intermedia mit neu umgeschlagenem Meniskusflap in den medialen Recessus, eine stationäre Substanzminderung des Aussenmeniskushinterhorns und Pars intermedia bei Status nach TME, progrediente hochgradige Knorpeldefekte am posterolateralen

Tibiaplateau und im korrespondierenden Femurkondylus, einen progredienten Knorpeldefekt an der Trochlea

femoris bei ansonsten weitgehend intaktem femoropatellarem Knorpelüberzug und eine stationär intakte VKB-Rekonstruktion (Urk. 3/4 = Urk. 14/61). Gemäss Beurteilung von Dr. A.____ vom 27. Juni 2022 sei die mittlerweile beginnend festgestellte Gonarthrose, insofern der Schadenfall vom 5. Juni 2015 als UKS anerkannt worden sei, trotz der vorbekannten Schädigungen auf das versicherte Ereignis zurückzuführen (Urk. 9/C/62).

E. 4.1

Was die Beweiskraft der Aktenbeurteilung von Dr. A.____ vom 4. Oktober 2021 (E. 3.5) anbelangt, auf welche die Beschwerdegegerin ihren Entscheid hin sichtlich der Restarbeitsfähigkeit stützte (E. 2.1), ist hervorzuheben, dass praxis gemäss auch auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen abgestellt werden kann. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (E. 1.3). Reine Akten gutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/20 vom 19. Januar 2022 E. 3.2 mit Hinweis).

E. 4.2

Mit Blick auf die praxisgemässen Anforderungen an die Beweiskraft einer versicherungsinternen Beurteilung und die unter E. 3 wiedergegebene medizinische Aktenlage können vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. A.____ vom 4. Oktober 2021 nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Dabei drängen sich insbesondere Zweifel daran auf, ob seine Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich der Hand(ge lenks-)beschwerden rechts den Einschränkungen des Beschwerdeführers an gemessen Rechnung trägt und ob hinsichtlich des rechten Kniegelenks im Zeitpunkt der Aktenbeurteilung der medizinische Sachverhalt feststand, was Grundvoraussetzung einer beweiskräftigen Aktenbeurteilung bildet (E. 4.1).

E. 4.3

Ausgangspunkt der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. A.____ bildete sein Untersuchungsbericht vom 11. Februar 2021 (E. 3.1). Denselben lag ein

zwar umfassende aktenanamnestische Kenntnisse zugrunde. Sowohl die Anamnese der Beschwerden als auch der klinische Befund erweisen

sich für die Nachvollziehbarkeit seiner Beurteilung indes als eher dürftig. So findet sich anamnestisch im Zusammenhang mit den Beschwerden die rechte Hand betreffend lediglich die Angabe, die Hand bereite dem Beschwerdeführer daumenbetont Beschwerden und das rechte Handgelenk sei wie taub. Offen sichtlich erfolgten durch Dr. A.____ weder Rückfragen zur genauen Lokalisierung der Beschwerden noch dazu, bei welchen konkreten Tätigkeiten Beschwerden welchen Ausmasses auftraten. Im Befund führte er abgesehen von einer leicht eingeschränkten Handbeweglichkeit als wesentlichen pathologischen Befund einzig noch geklagte, nicht aber konkret erhobene Gefühlsstörungen am rechten Unterarm nach distal zunehmend an und verwies auf den MRI Befund vom 14. August 2020 (E. 3.1). Verglichen mit dem fachärztlichen handchirurgischen Befund von Dr. C.____ vom 10. September 2021 (Urk. 9/C/91/2) fehlt es demjenigen von Dr. A.____ an Angaben zu Berührungsempfindlichkeiten, konkret befundeten Hypästhesien und konkret provozierbarer Schmerzsymptomatik. Ob Dr. A.____ als Arzt für Allgemeinmedizin mit dem von ihm erhobenen klinischen Befund das Beschwerdebild im Bereich der rechten Hand umfassend erhob und insbesondere der Schmerzhaftigkeit des Geschehens Rechnung trug, erscheint angesichts dessen als zweifelhaft.

Der späteren Aktenbeurteilung vom 4. Oktober 2021 legte Dr. A.____ zwar die bis 10. September 2021 aktualisierten handchirurgischen Verlaufsberichte der Klinik B.____ zugrunde. Auch anerkannte er nunmehr, dass die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit der rechten Hand bei persistierenden Restbeschwerden bleibend eingeschränkt ist und mass

dieser Einschränkung im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils insofern Bedeutung bei, als er neu auch Tätigkeiten, welche ein kräftiges Zupacken erfordern, und monotone repetitive Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtete (E. 3.5). Nachdem aber bereits das Zumutbarkeitsprofil im Untersuchungsbericht vom 11. Februar 2021 (E. 3.1) auf einer unzureichenden Befundlage beruhte, diese jedoch Basis der kreisärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung vom 4. Oktober 2021 bildete und den aktuellsten handchirurgischen Berichten keine Einschätzungen der Restarbeitsfähigkeit aufgrund der aktuellen Befundlage zu entnehmen sind, lässt sich gestützt auf die Aktenlage nicht abschliessend beurteilen, ob die kreisärztliche Beurteilung den bei Fallabschluss aktuellen funktionellen Einschränkungen der rechten Hand sowohl was die Beweglichkeitseinschränkungen als auch die Schmerzhaftigkeit anbelangt, angemessene Rechnung trägt. Weder lassen sich dem Zumutbarkeitsprofil konkrete Gewichtsbeschränkungen entnehmen, noch kann mangels begründeter und nachvollziehbarer Darlegung der funktionellen Einschränkungen im Lichte der als massgeblich erachteten Befunde die Frage beantwortet werden, ob die rechte dominante Hand einzig noch als Zudienhand zu gebrauchen ist oder ob und in welchem Umfang zum Beispiel leichte Büro- oder Kontrolltätigkeiten unter Einbezug der rechten Hand

sowie unter Berücksichtigung aller unfallkausaler Folgen noch zumutbar wären. Sodann erweist sich der medizinische Sachverhalt hinsichtlich der am 17. Januar 2022 festgestellten Hyposensibilität Dig. V mehr als IV als nicht abschliessend geklärt (E. 3.7).

E. 4.4

Was die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit den Kniebeschwerden rechts anbelangt, bildet der angefochtene Entscheid vom 18. März 2022 zwar die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 143 V 409 E. 2.1). Der kurz darauf ergangene

MRI-Bericht vom 24. März 2022, den der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren auflegen liess (Urk. 3/4),

ist indes

in die Beurteilung miteinzubeziehen, da

er Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids respektive des Fallabschlusses gegebene Situation erlaubt (vgl. dazu BGE 121 V 362 E. 1b am Ende; Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 4.2). Aus diesem Bericht geht hervor, dass verglichen mit der Voruntersuchung vom 8. November 2018 (Urk. 14/38/2) progrediente Degenerationen am posterolateralen

Tibiaplateau und dem korrespondierenden Femurkondylus, an der Trochlea

femoris und im Bereich Innenmeniskushinterhorn vorliegen, welche sich kaum zwischen dem Fallabschluss per Ende November 2021 und der MRI-Untersuchung vom 18. März 2022 massgeblich verändert haben dürften. Sodann ist dem Bericht zu entnehmen, dass seit einem Jahr die Giving-ways zugenommen hätten und laterale Schmerzen bestünden. Die dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil zugrunde gelegte klinisch gute Funktion und Stabilität bei reizfreiem Kniegelenk (Urk. 9/C/43 S. 22) und bildgebend noch weniger fortgeschrittener Degeneration (Urk. 9/C/43 S. 19) bildet entsprechend nicht den massgeblichen Zustand des rechten Kniegelenks im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ab.

Auch dies bezüglich erweisen sich ergänzende Abklärungen als unumgänglich.

E. 4.5

Entsprechend ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein externes orthopädisches Gutachten unter Einbezug einer hand chirurgischen Beurteilung veranlasse und hernach neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge.

Ob nach vorgängiger Aktualisierung der medizinischen Aktenlage auch eine neurologische Abklärung notwendig sein wird und eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zur Abklärung der Leistungsfähigkeit zielführend wäre, wird von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der ihr obliegenden Abklärungspflicht zu beurteilen sein.

E. 4.6

Was die Höhe des Integritätsschadens anbelangt, verneinte die Beschwerdegegnerin einhergehend mit Dr. A. _____

gestützt auf dessen Untersuchung vom 11. Februar 2021 einen Integritätsschaden in Bezug auf das rechte Knie, da ein vorzeitiger Gelenkverschleiss weder zeitlich noch im Umfang vorhersehbar sei (Urk. 2 S. 7, Urk. 9/C/43 S. 22). Ob sich dieser Schluss angesichts der zwischen zeitlichen Progression der Degenerationen weiterhin rechtfertigt, wird die Beschwerdegegnerin ebenfalls abzuklären haben. Auch wird sie im Nachgang zur Begutachtung abzuklären haben, ob eine neuerliche Beurteilung der Schäden im Bereich des rechten Handgelenks und der linken Schulter angezeigt ist. Hernach ist die gesamte Beeinträchtigung gemäss Art. 36 Abs. 3 UVV neu festzusetzen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 5

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Fonti

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.